



فريق عمل العلاج بالخارج (مستشفى الأحمدى)

إقرار خاص بالوكيل للموافقة على الاستعلام عن بيانات سفر الموكل خلال فترة العلاج بالخارج

انا الموقع ادناه / _____ بصفتي وكيلا عن السيد / _____ ،
ويحمل الرقم المدني _____ ، وبناء على محض إرادتي واختياري، أقر بموجب سند وكالة رسمي
صادر من وزارة العدل، المقيد برقم _____ ، والمؤرخ _____

بالموافقة على قيام مدير المجموعة الطبية أو من ينوب عنه في مستشفى الأحمدى التابع لشركة نفط الكويت بالاستعلام لدى الجهات
المختصة في الدولة وعلى وجه الخصوص وزارة الداخلية عن بيانات السفر الخاصة بموكلي، والمتعلقة بحركة الدخول والخروج من
والى البلاد خلال فترة العلاج في الخارج، كما أقر بصفتي وكيلاً عن المذكور أعلاه بإبراء ذمة شركة نفط الكويت ومستشفى الأحمدى من
أية مسؤولية قد تترتب على اتخاذ هذا الإجراء.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الرقم المدني: _____ رقم جواز سفر الموكل: _____

رقم ملف المريض: _____

وقع السيد / _____ هذا الإقرار أمامي بعد ان قرأ نصه وأعلن تفهمه لكل ما جاء فيه.

الاسم: _____ التوقيع: _____

التاريخ: _____ الرقم الوظيفي: _____